FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 N° 12

SUR UN CAS

DE

DERMATITE POLYMORPHE

DOULOUREUSE AIGUË

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le 4 février 1910, à 3 heures 3/4

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy, mention " Médecine "

PAR

ANGEL **POPOFF**

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

NÉ LE 4 AOUT 1885, A WIDDINE (BULGARIE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

SPILLMANN, Professeur. *Président*

HERGOTT, Professeur . } *Juges.*

L. SPILLMANN, Agrégé . } *Juges.*

RICHON, Agrégé. . . . } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 N° 12

SUR UN CAS

DE

DERMATITE POLYMORPHE

DOULOUREUSE AIGUË

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le 4 février 1910, à 3 heures 3/4

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy, mention " Médecine "

ACAD. LAUREAT. BIBL.

PAR

ANGEL **POPOFF**

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

NÉ LE 4 AOUT 1885, A WIDDINE (BULGARIE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

SPILLMANN, Professeur. *Président*
HERGOTT, Professeur . } *Juges.*
L. SPILLMANN, Agrégé . } *Juges.*
RICHON, Agrégé. . . . } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS O ✻, I ✪.

Assesseur : M. BERNHEIM, ✻, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪, NICOLAS, I ✪, PRENANT, I ✪.

Professeurs

Clinique médicale	M. BERNHEIM, ✻, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✻, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, ✻, ✪ I, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, ✻, I ✪, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, ✻, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, I ✪, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. BOUIN, I ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪, professeur.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. PARISOT, I ✪, professeur.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪, professeur.

Professeurs adjoints

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards		M. ETIENNE, I ✪, ag. lib. ch. du cours.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.		M. L. SPILLMANN, I ✪, ag. lib. ch. du cours.
Accouchements		M. SCHUHL, I ✪, ag. lib., ch. du cours.
Fondation de l'Université	Clinique d'orthopédie	M. FRŒLICH, I ✪, ag. lib., ch. du cours.
	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, I ✪, agr. lib., ch. du cours.
	Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, I ✪, agrégé, ch. du cours.
Anatomie pathologique		M. HOCHE, I ✪, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales		M. PARIS, I ✪, chargé du cours.
Médecine opératoire		M. MICHEL, ✪, agrégé, ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, A ✪.	MM. RICHON, A ✪.	MM. DUFOUR, A ✪.
L. SPILLMANN, A ✪.	G. GROSS, A ✪.	SENCERT, A ✪.
MICHEL, A ✪.	FRUHINSHOLZ, A ✪.	ROBERT, A ✪.
HOCHE, I ✪.	COLLIN, A ✪.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, A ✪ ; FRŒLICH, I ✪ ; SCHUHL, I ✪ ; JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ✪, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

SUR UN CAS

DE

DERMATITE POLYMORPHE

DOULOUREUSE AIGUË

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547216_0020

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer les faits qui constituent le fond de notre thèse, couronnement de nos études médicales, nous nous faisons un devoir d'adresser ici, à nos maîtres de la Faculté, l'hommage de notre vive reconnaissance.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre maître, M. le professeur P. Spillmann, dont nous avons été l'externe. qui nous a si largement initié à la carrière si complexe et si difficile dans laquelle nous allons entrer, et qui, aujourd'hui encore, nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici toute notre reconnaissance et tout notre dévouement

Nous remercions également M. le professeur agrégé Louis Spillmann qui nous a accueilli dans sa clinique de dermatologie et de syphiligraphie avec tant de bienveillance et qui, dans la suite, a bien voulu nous guider par ses conseils dans la rédaction de ce travail.

Avant de quitter la Faculté de Nancy, dont nous garderons toujours un souvenir attendri, nous tenons à exprimer à MM. les professeurs Gross, Bernheim, Rohmer,

Haushalter, Février et Jacques toute notre gratitude pour les excellents moments que nous avons passés comme externe dans leurs cliniques; nous remercions également MM. les professeurs Hergott et Weiss de leurs excellentes leçons cliniques dont nous nous souviendrons toujours; MM. les professeurs agrégés Richon et G. Gross, qui nous ont si souvent aidé de leurs conseils.

Nous exprimerons notre vive reconnaissance à M. le docteur C. Schmitt pour la grande confiance dont il fit preuve envers nous en nous laissant souvent le remplacer auprès de ses malades.

Mes meilleurs souvenirs à tous mes amis.

Nous vous remercions donc tous, mes chers professeurs et maîtres, et soyez certains que vous avez contribué pour beaucoup, par votre enseignement et votre bienveillance, à nous faire aimer ce pays où nous avons vécu quelques belles années et où, quoique étranger, nous avons trouvé de fidèles amis.

Et là-bas, dans ce pays si lointain pour vous, qui est le nôtre, nous saurons vanter la valeur de la science médicale française, et, en particulier, celle des recherches incessantes des professeurs de la Faculté de Nancy.

N'oubliez pas, et ce sera là le principal gage de la bonté de votre enseignement, que nous nous ferons gloire d'être docteur de votre Faculté.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON GRAND-PÈRE

MLADEN FILIPOFF

Décédé le 23 Mars 1906, à Vidin.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SPILLMANN

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Pendant les vacances du Nouvel-An 1908, nous avons eu l'occasion de voir à la Maison départementale de secours de Nancy, à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie, un malade entré pour une éruption bulleuse généralisée.

M. le professeur agrégé Louis Spillmann nous conseilla d'étudier l'affection présentée par ce malade et, vivement intéressé par elle, nous nous décidâmes à la prendre comme sujet de notre thèse.

Malheureusement, nous n'avons pu observer et étudier ce malade que pendant un temps relativement très court, étant donné l'évolution extrêmement rapide de la maladie.

Pour entreprendre des recherches d'anatomie pathologique, nous nous sommes heurté à de très grandes difficultés. L'installation très défectueuse du service rend les recherches nécessaires complètement impossibles. C'est pour ces raisons que nous avons dû renoncer à pratiquer l'examen du sang et faire les ensemencements et inoculations qui, dans un cas semblable, auraient présenté cependant le plus grand intérêt.

Dans l'impossibilité matérielle où nous étions de faire les recherches nécessaires, nous nous sommes adressé à notre ami, M. le docteur Bruntz, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, que nous tenons à remercier ici de son extrême obligeance.

Nous avons, dans ce travail, commencé par exposer l'observation de notre malade, puis nous avons développé quelques considérations générales sur la dermatite polymorphe douloureuse aiguë, l'étiologie de cette affection, sa pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Nous avons terminé par les quelques conclusions qui découlent de nos recherches.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION

Obertan, âgé de 78 ans, sans profession ; marié, avec deux enfants.

A. H. — Père mort à 88 ans, mère à 85 ans ; aucun antécédent au point de vue cutané ; le père a été atteint de la petite vérole.

A. P. — N'a jamais fait aucune maladie pendant son enfance. Service militaire de sept ans ; campagne de Crimée (blessure au cou qui l'a mis trois semaines hors de combat) (16 mai 1854-16 juin 1856). A eu le scorbut aux jambes et dans la bouche (croûtes noires aux jambes), qui dura un mois. On lui faisait manger des légumes frais, de la viande fraîche tous les deux jours ; mais cependant des salaisons et des conserves. On lui ordonnait du cresson et on le cautérisait avec du nitrate d'argent. D'après la relation du malade, le quart du contingent était atteint du scorbut. En sortant de Constantinople, il fut pris d'un accès de fièvre qui dura cinq jours.

Il y a trente ans, il a eu des démangeaisons très vives au niveau des parties génitales, qui présentaient à cette époque des lésions croûteuses. Ces lésions durèrent deux mois et disparurent complètement sans laisser de traces. Le sujet n'a jamais de maux d'estomac. Les fonctions de l'intestin se sont toujours bien faites.

Vers 40 ans, il commence à grossir (sa fille aussi est obèse, son fils a des varices). A été gardien de prison jusqu'à l'âge de 63 ans, à Clairvaux.

Heurté par un cycliste, il a eu une contusion à la cheville droite, pour laquelle il est resté quatre à cinq jours à l'hôpital.

E. A. — Homme de constitution très robuste. Présente de la dyspnée d'effort depuis une quinzaine d'années (emphysème).

M. A. — Vers le 24 décembre, au moment où le malade a été examiné pour la première fois, il présentait les lésions suivantes :

La peau de tout le corps offrait une teinte érythémateuse des plus nettes, surtout accentuée dans le dos, au niveau de l'abdomen, sur les cuisses et sur les avant-bras. Sur ce fond érythémateux étaient apparues depuis quelques jours de petites vésicules à contenu transparent qui avaient rapidement augmenté de volume. Le jour de l'entrée du malade au service de M. le professeur agrégé Louis Spillmann, c'étaient de véritables bulles, dont quelques-unes avaient la dimension d'un pois, dont d'autres atteignaient déjà le diamètre d'une pièce de deux francs.

Ces bulles étaient régulièrement arrondies, très dures au toucher ; leur contenu était transparent ou légèrement opalescent. Ces bulles étaient disposées sur tout le corps, mais avec un maximum de fréquence sur les avant-bras, sur le bas-ventre et à la face interne des cuisses.

A ce moment, le malade se plaignait de fatigue générale, de malaises, d'anorexie. La température était d'environ 38°.

Le soir même de son entrée à la clinique, un certain nombre de bulles s'étaient rompues ; le contenu des autres était devenu louche, avec une aréole concentrique. Le second jour, l'état général du malade s'est aggravé. La température monte à 38°6. La langue est sèche, rôtie ; les urines sont rares, le pouls petit, rapide.

En examinant le malade dans son lit, on constate que les lésions cutanées se sont considérablement développées. Les bulles sont plus volumineuses : certaines d'entre elles atteignent le volume d'un petit œuf de poule ; il en est de même des pustules, qui sont la plupart excoriées ; les linges qui enveloppent le malade sont maculés de pus et de sang, car certaines bulles renferment un liquide hémorrhagique. Le malade se plaint de vives douleurs. Le moindre frottement des linges et des draps exagère les phénomènes douloureux. Le corps tout entier est couvert de lésions éruptives, placards érythémateux, vésicules, bulles à divers stades de formation, pustules, bulles hémorrhagiques. Les bulles se crèvent et se dessèchent dans le courant de la journée et de la nuit ; le matin, au réveil, la peau est couverte de pus et de croûtes brunâtres épaisses.

La fièvre est toujours élevée ; râles fins aux deux bases, pouls filiforme.

L'état général du malade a été d'emblée si grave que, vu son grand âge, le traitement a été réduit au minimum. On s'est borné à lui faire des enveloppements humides et à lui faire des injections sous-cutanées d'huile camphrée et de spartéine.

Le malade succombe cinq jours après son entrée à la Maison de Secours. Les phénomènes éruptifs ont été toujours en augmentant ; les symptômes d'infection générale se sont accusés vers la fin (hyperthémie, pouls rapide incomptable) ; langue rôtie, urines rares (albumineuses), délire, etc.

L'autopsie a été faite le lendemain.

Le sujet n'est pas amaigri ; le ventre est ballonné. La surface des téguments est recouverte de croûtes desséchées, siégeant particulièrement à la face antérieure et interne des cuisses, un peu moins à la face interne des jambes, ainsi qu'à la face dorsale des pieds ; abondantes également à la face interne des bras, où elles sont con-

fluentes ; on en trouve un grand nombre aux avant-bras et à la face dorsale des mains. Elles sont disséminées irrégulièrement sur l'abdomen, le thorax et jusque sur le cuir chevelu. La face en est à peu près indemne.

Développement considérable du tissu graisseux sous-cutané abdominal. A l'ouverture de l'abdomen, l'estomac et les anses intestinales apparaissent très distendues. Surcharge graisseuse du grand épiploon et des appendices épiploïques.

A l'ouverture du thorax, le poumon ne s'affaisse pas. Quelques adhérences fibreuses à la face externe du poumon gauche. La plèvre est entièrement libre à droite.

Poumon droit très emphysémateux dans ses trois lobes. Aucun point induré. Poumon gauche, également emphysémateux. Crépitation neigeuse dans le poumon. Aucun foyer d'induration.

Appareil circulatoire. — Surcharge graisseuse du péricarde, ainsi que du cœur. Muscle cardiaque assez ferme. Dimensions du cœur, normales. Légère sclérose mitrale. Pas de lésions au niveau des autres valvules.

Rate assez grosse : 16 cm., 8 cm. et 4 cm.; de consistance diffluente.

Rein gauche : 12 cm., 6 cm., 4 cm. A la coupe, diminution de la substance totale ; envahissement du hile par le tissu graisseux ; surface de section lisse ; décortication assez difficile avec un peu de happage.

Rein droit : Mêmes dimensions et même aspect. Décortication assez laborieuse.

Appareil digestif. — Estomac très dilaté, renferme un liquide riche en mucus.

Foie : 25 cm., 17 cm., 9 cm. — Présente de nombreuses incisures longitudinales (incisures diaphragmatiques). A la coupe, consistance ferme ; congestion.

Les chilifères sont injectés de graisse. Pas d'augmentation de volume des ganglions mésentériques.

L'appendice ne présente pas de lésions.

Aucune congestion intestinale.
Capsules surrénales sclérosées.
Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Lésions de la peau. — Les lésions prédominent au niveau du corps papillaire. Les phénomènes qu'on y observe sont la diapédèse et l'œdème. La diapédèse est très abondante et tend à former des groupes principaux autour des vaisseaux, on trouve à distance des cellules migatrices en nombre variable. Ces cellules migatrices sont composées de lymphocytes et d'iosinophiles ; les dernières ont une tendance à s'éloigner des vaisseaux. Dans les grandes bulles, on observe des éléments polynucléaires, comme dans toutes les inflammations aiguës ; ils sont abondants dans les vaisseaux et en dehors d'eux. Les cellules fixes du tissu conjonctif prennent part à la formation des foyers cellulaires.

L'*œdème* n'est pas excessif. Il y a une véritable paralysie du derme ; les vaisseaux sont dilatés et le sérum sanguin et lymphatique transsude et imbibe le tissu conjonctif.

L'*œdème* modifie la forme des papilles, les hypertrophie et les fait disparaître en refoulant le cône interpapillaire vers l'épiderme.

Lésions des autres organes. — Nous n'avons rien pu trouver de bien intéressant à la coupe des différents organes, si ce n'était une sclérose rénale très prononcée.

En résumé, c'est l'observation d'un homme atteint d'une forme grave d'emblée de dermatite polymorphe douloureuse aiguë qui l'emporta en cinq jours.

Dès son entrée au service de M. le professeur agrégé Louis Spillmann, le diagnostic de dermatite herpétiforme

de Duhring a été porté. Vu l'état général grave et la rapidité effrayante du développement des lésions éruptives; dans la suite, on a été obligé de changer ou plutôt de préciser le diagnostic de dermatite herpétiforme de Duhring, qui est un terme un peu trop vague; nous en donnerons les raisons dans la suite.

Voyons maintenant ce que nous devons comprendre sous cette forme de dermatite polymorphe douloureuse aiguë.

CHAPITRE II.

Généralités

Chercher dans les vieux mémoires, dans les vieux traités de maladies de la peau sur les affections bulleuses, c'est s'exposer infailliblement à s'y perdre. Ces affections bulleuses sont depuis très longtemps l'objet de recherches incessantes de nombreux dermatologistes et les dénominations qu'ils en ont données sont extrêmement variées. Disons cependant que Plenck, Willan, Rayer, Hebra, etc., dans leur classification, réservent une place aux dermatoses caractérisées par des bulles.

Nous arrivons à Bazin (1) le grand dermatologiste français qui, le premier, en donna une bonne description, sous le nom d'*arthritides bulleuses*. Sa conception de l'hydroa bulleux et du pemphigus herpétique est remarquable.

G.-H. Fox, ensuite, parle de l'hydroa et des autres éruptions bulleuses (2).

---

(1) Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, rédigées par le Dr Jules Besnier, 1868, p. 303.

(2) G.-H. Fox. De l'hydroa et des autres éruptions bulleuses (*Arch. of Dermatology*, n° 3, p. 211, 1878).

Le 6 mai 1884 le professeur de Philadelphie Duhring fait une communication à l'Association Médicale Américaine sur une maladie de peau, du vieux cadre des pemphigus, à laquelle il donne désormais le nom de *dermatitis herpetiformis* (1). Il la caractérise par l'apparition : 1° de plaques érythémateuses assez semblables à des plaques d'urticaire ou d'érythème multiforme; 2° de vésicules herpétiques de dimensions et de formes variables, aplaties ou surélevées, plus ou moins groupées; 3° de bulles présentant des caractères semblables; 4° de pustules plates ou acuminées, blanchâtres, reposant sur une base plus ou moins enflammée; 5° de papules, de vésico-papules, d'infiltrations circonscrites de dimensions variables. Toutes ces lésions s'accompagnent d'un prurit violent et tendent à revêtir un aspect herpétique : de telle sorte qu'on pourrait prendre l'herpès zoster pour type de cette éruption. L'une ou l'autre de ces formes éruptives peut exister seule à un moment donné chez le malade; au contraire, elle peut être mixte ou polymorphe; enfin plusieurs formes éruptives peuvent se succéder rapidement chez le même sujet dans le cours d'une même poussée ou seulement dans des poussées successives. En somme, un des caractères les plus remarquables de cette affection, c'est qu'elle est protéiforme. Aussi pourrait-on décrire des variétés érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses et multiformes. Et Duhring fait entrer l'impetigo herpétiforme d'Hebra dans la forme pustuleuse de sa dermatitis herpetiformis (2).

(1) Duhring. *The New-York. med. Journal* (17 mai 1884, p. 562).

(2) Duhring. Des rapports de la dermatite herpétiforme avec l'affection que l'on désigne sous le nom d'impetigo herpétiforme. (*American Journal of med. Sciences*, p. 392, octobre 1884).

Dans toutes les variétés de dermatitis herpetiformis il se produit quelques phénomènes généraux, surtout lors de chaque poussée nouvelle. Les sensations de prurit et de brûlure sont très violentes. L'affection a une tendance marquée à apparaître par poussées et avoir de nombreuses rechutes. Elle se prolonge des années. L'éruption peut se montrer sur toutes les régions du corps. Elle affecte les deux sexes, et surtout l'âge moyen de la vie. On l'observe souvent pendant la grossesse, elle offre alors un certain caractère de gravité, car la variété pustuleuse est particulièrement sérieuse : elle est très rebelle au traitement.

D'après Duhring, il faut faire rentrer dans sa dermatitis herpetiformis : 1° *l'impetigo herpétiforme de Hebra* qui se confond avec la variété pustuleuse; 2° *l'herpès gestationis de Milton* (1), *de Bulkley* (2), qui doit être rangé dans la variété vésiculeuse et bulleuse; 3° certaines autres formes éruptives dénommées *herpès*, avec divers qualificatifs, tels que l'*herpès phlyctenodes de Gibert* (3), *l'herpès circinatus bullosus d'E. Wilson* (4), *l'herpès iris de Jarisct* (5) ; 4° la plupart des variétés de *pemphigus* décrites, telles que le *pemphigus circinatus de Rayer* (6), le *pemphigus aigu prurigineux de Chau-*

(1) Milton. *Journal of cutan. medic.*, I, n° 3, p. 311.

(2) L. Duncan-Bulkley. *American Journal of obstetrics*, VI, 4, p. 580, février 1874.

(3) Gibert. Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, t. I, p. 212. 1860.

(4) E. Wilson. On diseases of the skin (*London*, p. 294, 1887).

(5) Jarisch. Ueber die Coïncidenz von Erkrankunger der Haut und der grauen Ache des Rückenmarkes (*Viertelj für Derm. und Syph.*, p. 195, 1880.

(6) Rayer. Traité théorique et pratique des maladies de la peau, obs. XXVII, t. I, p. 284, 1835. (*C'est le cas le plus ancien connu et*

sit (1), *le pemphigus composé*, *l'herpès pemphigoïde de Devergie* (2), *le pemphigus de Klein* (3), *le pemphigus pruriginosus de Hardy* (4), etc. ; 5° beaucoup de cas publiés sous le nom d'*hydroa* ou sous d'autres étiquettes.

Il est à remarquer que nulle part les travaux du dermatologiste français Bazin ne sont mentionnés dans la communication de Duhring. Et pourtant on sent très bien l'influence directe qu'ils ont eu sur son esprit dans la conception de sa dermatitis herpetiformis.

Il ne faudrait pas croire que la dermatite herpétiforme de Duhring n'était pas connue en France. Depuis longtemps on la désignait en partie dans les services de l'hôpital Saint-Louis de Paris, sous le nom de *pemphigus diutinus pruriginosus*.

En 1888 paraît le premier mémoire de B. Brocq sur les *dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives* (5). Beaucoup de dermatologistes anglais n'admettent pas les conceptions de Brocq, et Allan Jamieson a discuté ces travaux le 9 février 1898 à la Société Dermatologique de Londres.

Quoiqu'il en soit, Brocq, avec un sage esprit critique, revoit les affections bulleuses et crée le *type de ces dermatites polymorphes douloureuses chroniques*. Il désigne sous ce nom les affections caractérisées par :

---

décrit sous le nom de pemphigus chronique : les bulles étaient disposées en anneaux et en guirlandes et s'est compliqué d'herpès circinatus.)

(1) Chausit. *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, n° 6, p. 141, vol. 4, 1852.

(2) Devergie. Traité pratique des maladies de la peau, p. 306 et suiv., 1857.

(3) Klein. *Allg. Wiener med. Zeitung* (6 août 1887).

(4) Hardy. Leçons sur les maladies de la peau, 2e édition, 2e partie, p. 136, 1863.

(5) L. Brocq. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888.

Des phénomènes douloureux d'intensité variable, souvent peu proportionnés aux phénomènes éruptifs.

Des éruptions toujours polymorphes : érythémateuses, circinées, érythémato-bulleuses, parfois urticariennes, papuleuses, pustuleuses, ayant parfois une disposition herpétiforme, groupées ou disséminées, évoluant par poussées successives. Avec conservation habituelle d'un bon état général. Certains cas cependant aboutissant à une terminaison fatale.

Il les divise en :

1° Dermatites polymorphes douloureuses aiguës;

2° Dermatites polymorphes douloureuses à poussées successives avec variétés : *a*) subaiguë bénigne et *b*) chronique;

3° Dermatites polymorphes douloureuses récédivantes de la grossesse.

Son groupe comprend : tout le pemphigus chronique vulgaire de Wien, une partie de l'érythème polymorphe de Hebra, le pemphigus circinatus de Rayer, le pemphigus pruriginosus de Chausit et celui de Hardy, le pemphigus diutinus à petites bulles, le pemphigus composé ou herpès pemphigoïde de Devergie, l'hydroa bulleux et le pemphigus arthritique de Bazin, l'herpès généralisé, l'herpès gestationis de Milton, certains cas décrits à tort, selon lui, sous le nom d'impetigo herpétiforme, hydroa herpétiforme des Anglais, toute la dermatite herpétiforme de Duhring.

Depuis son premier mémoire, L. Brocq n'a pas cessé de s'intéresser vivement à la question si embrouillée avant lui et qu'il a su si bien mettre en lumière.

Postérieurement à lui, de nombreux dermatologistes

s'intéressant à ses recherches ont fait paraître de multiples observations à ce sujet.

Et le 9 février 1898 eut lieu à la Société Dermatologique de Londres une importante discussion sur la dermatite herpétiforme (1), à la suite de laquelle L. Brocq fit paraître une note pleine d'intérêt (2). On y voit nettement et définitivement établie l'existence des dermatites polymorphes douloureuses.

A l'étranger et en France, à l'état actuel, on ne comprend pas de la même façon la question des éruptions bulleuses, et particulièrement la dermatite herpétiforme de Duhring. Nous pouvons résumer brièvement les opinions qui existent sur cette importante partie des dermatoses.

Pour Kaposi, on ne doit pas créer une dénomination nouvelle de *dermatite herpétiforme de Duhring*; il faut conserver les dénominations données aux cas décrits sous le nom de pemphigus vulgaire et de l'érythème multiforme de Hebra.

Duhring conserve l'érythème polymorphe de Hebra, le pemphigus chronique vulgaire et crée à côté un nouveau type, sous le nom de *dermatite herpétiforme*. Il donne l'épithète d'herpétiforme aux lésions éruptives. *Cette herpétiformité sans laquelle*, d'après lui, *la maladie ne peut exister* (3), semble pouvoir être parfois une disposition

(1) Allan Jamiesson. Remarks introductory to a debate on the subject heldata special meeting of the Dermatological Society of London, on the evening of the 9th of February 1898 *(British Journal of dermatology*, mars 1898, p. 73 .

(2) L. Brocq. *Annales de dermatologie et de syphil.*, p. 849 et suiv.; p. 945 et suiv., 1998.

(3) Duhring. *Cutaneous medicine : a systematic treatise on the diseases of the skin*, 1898, p. 440.

des lésions en anneaux, en cercles, en circinations. L'éruption peut revêtir les aspects les plus divers; elle est prurigineuse et a une tendance aux rechutes et aux récidives.

Brocq, dont l'opinion est admise par les Français et par la majorité des dermatologistes, diffère de Kaposi et se sépare de Duhring en ce que, pour lui, le caractère objectif de ce groupe est *la multiformité et le polymorphisme* et non l'herpétiformité. Les caractères pathognomoniques de ce groupe sont : le prurit, le polymorphisme, la conservation du bon état général et l'éosinophilie. Brocq émet l'opinion qu'il peut y avoir une forme aiguë; Unna répond : « Tandis que chaque poussée isolée peut avoir une évolution aiguë, la maladie dans son ensemble est chronique ». Brocq est cependant très réservé pour son groupe de *dermatites polymorphes douloureuses aiguës*. Et il dit (1) : « Nous n'allons pas essayer de donner une description quelconque des dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Ce que nous avons déjà dit de la complexité de ce groupe fait suffisamment comprendre que nous considérons cette tentative comme inutile dans l'état actuel de nos connaissances. Nous ne savons pas encore en somme jusqu'à quel point il est légitime remarques sur les caractères généraux de ces éruptions, dignes, comme elle, du nom de dermatites polymorphes, mais qui ne présentent que peu ou point de phénomènes douloureux. Nous nous bornerons à présenter quelques remarques sur les caractères généraux de ces éruptions mais nous aurons surtout en vue les six premières observations (de A à F), celles qui semblent se rapporter le

(1) L. Brocq. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 444, 1888.

plus au type morbide qui répondrait exactement au syndrome dermatite polymorphe prurigineuse aiguë, mais dont l'existence réelle ne nous paraît encore pas suffisamment prouvée. »

Comme nous le voyons, Brocq a très bien compris la nécessité de créer un type aigu. Malgré les nombreuses recherches que nous avons faites dans ses travaux, nous n'avons pu trouver aucun cas bien net et bien typique de dermatite polymorphe douloureuse aiguë.

Et en effet, les faits de passage, en question de dermatologie, sont tellement fréquents et tellement difficiles à interpréter qu'en lisant attentivement son mémoire, on se rend compte de cette difficulté de recherches par cette phrase : « L'existence de faits de passage entre deux groupes nettement différenciés, si l'on envisage les cas typiques, ne signifie nullement que ces deux groupes doivent être confondus et réunis sous une même étiquette; de même que l'existence du mulet ne signifie pas que le cheval et que l'âne ne constituent qu'une seule espèce zoologique. »

Notre observation ne sert pas seulement à prouver la réalité d'existence d'un type de dermatite polymorphe douloureuse aiguë, mais encore à montrer qu'il existe un type aigu grave, caractérisé par le développement très brusque des lésions éruptives, accompagnées de phénomènes généraux graves avec issue fatale.

CHAPITRE III.

Étiologie

Ces éruptions sont relativement rares, et dans la bibliographie de l'Est de la France, nous ne voyons qu'une seule observation publiée : c'est celle de la Clinique médicale de M. le professeur P. Spillmann (1), sous le nom de dermatite herpétiforme de Duhring. Un de mes amis a eu l'occasion d'observer un cas de dermatite polymorphe douloureuse récédivante de la grossesse chez une jeune personne de 23 ans, à Chavigny. Ayant eu beaucoup de difficultés pour retrouver cette femme, nous n'avons pu avoir son observation. Nous pensons que lorsque les dermatologistes auront bien compris les dermatites polymorphes douloureuses, le diagnostic sera plus souvent porté et la maladie paraîtra moins rare qu'on ne le croit.

On la rencontre dans tous les pays : aussi bien en France qu'en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, etc. On ne peut pas fixer les limites d'âge dans lesquelles on

(1) P. Haushalter, G. Etienne, L. Spillmann et Ch. Thiry. Cliniques médicales iconographiques (Fascicule VI, p. 257, obs. 173, fol. 42, fig. 1, 2, 3, 4, 5).

l'observe le plus fréquemment (1). On la trouve aussi bien chez l'enfant (2) que chez l'adulte et le vieillard. Nous serions tenté de croire qu'elle est plus fréquente après l'âge moyen de la vie (3). Le sexe, pensons-nous, n'influe nullement : elle est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. La grossesse a une influence incontestable. Quoique certains auteurs, entre autres Liveing, *nient complètement l'influence de la grossesse et disent qu'elle n'est pas une condition essentielle au développement de l'affection.* (*Handbook on the diagnosis of Skin diseases*, p. 86, 1880).

Quant aux influences climatériques et saisonnières dans la production des éruptions, c'est très contesté et nous ne devons pas nous y arrêter.

Des influences bien plus importantes dans la genèse des dermatites polymorphes douloureuses seraient les conditions hygiéniques défectueuses capables soit de ralentir la nutrition, soit de déprimer le système nerveux : une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, les excès éthyliques, de travail ou de plaisir, et surtout les émotions vives, y occupent une place spéciale. On a invoqué l'arthritisme, le lymphatisme, les fièvres intermittentes, d'autres affections cutanées. La plupart des malades sont des nerveux ou de souche nerveuse; on a noté chez les parents : l'épilepsie, la paralysie géné-

(1) A.-L. Thilliez. De la dermatite herpétiforme chez l'enfant (*Th. de Paris*, 1895).

(2) F.-C. Knowles. A case of dermatitis herpetiformis in a girl, six years of age. (*Journal of cutaneous diseases*, mars 1909. p. 125.)

(3) W.-T. Corlett. An analysis of sixty-five cases of bullous diseases of the skin (*Journal of cutaneous diseases*, octobre 1906, p. 464).

rale, la paralysie agitante, l'hystérie. Et chez les malades eux-mêmes : le zona, les migraines, les névralgies, les névropathies dues aux excès ou au surmenage intellectuel.

Unna insiste beaucoup sur l'hérédité familiale (1). D'après Bazin, cette maladie évolue surtout sur un tempérament arthritique (2). Hillairet et Gaucher trouvent que ce serait une des causes les plus importantes du pemphigus chronique (3).

Un fait très intéressant est à signaler : l'ingestion de certaines substances médicamenteuses ou autres produit chez des gens prédisposés des éruptions semblables. Et dans les comptes rendus médicaux, il n'est pas rare de rencontrer des observations se rattachant à l'ingestion de l'iodure de potassium (4), du véronal (5), de l'iodoforme (6), du bromure de potassium (7), etc., ingestions suivies d'éruptions polymorphes absolument semblables aux dermatites polymorphes douloureuses aiguës.

---

(1) Unna. Monatshefte für praktische Dermatologie, 1889.

(2) Bazin. Loc. cit.

(3) Gaucher. Leçons sur les maladies de la peau, 1895.

(4) H. Danlos. Dermatite herpétiforme aiguë consécutive à l'emploi de l'iodure de potassium (*Ann. de derm. et de syph.*, p. 1006, 1898).

(5) W. House. Veronal dermatitis (*Journal american of the association*, 20 avril 1907, p. 1348).

(6) W.-E. Boardmann. Cas d'impetigo herpetiformis (*Boston med. and surg Journal*, vol. CXI, n° 14, p. 821, 2 oct. 1884).

(7) R.-W. Tayor. Contribution à l'étude de l'hydroa bulleux de Bazin et de la dermatite herpétiforme de Duhring (*Journal of Cut. and Venereal diseases*, p. 106, avril 1886).

CHAPITRE IV.

Pathogénie

La pathogénie de cette affection est très obscure. Nous ne savons rien de précis et nous ne pouvons que résumer les théories qui existent.

1° *Théorie microbienne.* — On a cherché dans les lésions un microbe spécial. On n'a trouvé que des microbes ordinaires venus infecter secondairement les téguments (1). On a fait des inoculations sans résultats : la maladie n'est ni contagieuse, ni inoculable et les éléments primitifs ne sont pas auto-inoculables. Malgré cela, on n'est guère autorisé à écarter d'une manière définitive l'idée d'une origine microbienne (2), attendu que le liquide des bulles renferme des leucocytes à grains éosinophiles qui sont le résidu probable d'une digestion microbienne.

(1) G. Petges et H. Bichelonne. Septicémie à bacille pyocyanique et pemphigus bulleux chronique vrai *(Ann. de derm. et syph.*, p. 416, 1908).

(2) Triboulet. *Annales de dermat. et de syph.*, 1892, p. 272.

2° *Théorie toxique*. — Hallopeau, avec un grand nombre de dermatologistes américains et anglais, entre autres James-C. Johnston (1), voyant la ressemblance des lésions des dermatites polyphormes avec celles des affections cutanées d'origine toxique ou médicamenteuse, rangent ces affections dans le cadre des affections toxidermiques. Et ils invoquent surtout la possibilité d'une intoxication par les *leucomaïnes* dans leur production. On les rapproche ainsi de certaines toxidermies médicamenteuses. L'auto-intoxication peut procéder de trois manières : soit par absorption des produits de fermentation intestinale, soit par un défaut des fonctions hépatiques et de l'uropoièse, soit enfin par la moindre élimination des poisons de l'organisme normaux ou anormaux, au niveau des reins et de la peau. L'analyse chimique des urines confirme le rôle de l'intoxication (présence de l'indican, d'acide lactique, taux de l'urée, etc.) (2).

Si l'on accepte cette hypothèse, il n'est pas besoin de faire appel au système nerveux central pour expliquer la formation des bulles : les poisons incriminés paralysent d'abord les nerfs des vaisseaux superficiels dans les zones malades. Il se produit une exsudation de sérum plus ou moins grande, amenant, selon le degré du processus, de l'érythème, des papules, des papulo-vésicules ou des bulles, sans que l'on observe des modifications des

---

(1) James-C. Johnston. Evidence of the existence of an autotoxic factor in the production of bullous diseases (*Britisch medica Journal*, 6 oct. 1906, p. 839).

(2) A. Vilenski. De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme de Duhring (Thèse de Paris, 1895).

cellules de l'épiderme avant l'apparition de la bulle. Le liquide s'accumule soit entre la couche basale et la première couche de cellules épineuses, soit entre le chorion et la couche granuleuse.

Ces matières peccantes en général sont fabriquées incessamment par l'organisme et peuvent très bien être la cause de la production des accidents cutanés. Mais de quelle façon agissent-elles, et en quoi consistent-elles ? Nous n'en savons absolument rien. On ne les a pas encore nettement isolées et on n'est pas encore arrivé à produire avec elles des éruptions semblables.

3° *Théorie nerveuse* (1). — « L'examen attentif de la genèse des dermatites polymorphes douloureuses paraît bien mieux établir l'influence du système nerveux. Que cette influence soit primitive et que l'affection soit une dermatoneurose pure, ou qu'elle soit secondaire à l'action sur le système nerveux d'un microbe ou de ses toxines ou des leucomaïnes provenant de l'organisme lui-même, nous l'ignorons complètement. Il n'est pas moins vrai qu'un des symptômes majeurs de la maladie est constitué par ces manifestations quasi névralgiques du côté de la peau qui, presque toujours, précèdent, ou tout au moins accompagnent l'éruption et qui revêtent parfois la forme fangible de l'urticaire. On a souvent noté la coexistence de troubles nerveux et d'arthropathies chez ces malades. Ces circonstances semblent prouver que le système nerveux est intéressé d'une manière quelconque. »

(1) Ernest Besnier, L. Brocq et L. Jacquet. *La pratique dermatologique*, p. 682, 1900.

4° *Théorie faisant jouer le rôle principal à la moelle osseuse.* — Un certain nombre d'auteurs et surtout Leredde (1), attribuent un rôle important à la moelle osseuse (2) dans la pathogénie de cette affection : les agents toxiques, cause première, feraient porter sur elle leur action nuisible et le système nerveux ne devrait point être mis en cause. Ce serait une maladie sanguine.

Toutes ces théories que nous venons d'énumérer peuvent être fondées et nous devons regarder ces éruptions si variables, si diverses, si protées, comme des modes de réaction des téguments sous l'influence des causes morbides que nous avons énumérées et peut-être d'autres agents morbigènes que nous ne connaissons pas : les téguments excités par ces causes pathogènes réagiraient de manière variable suivant les prédispositions individuelles permanentes ou passagères des sujets.

---

(1) Leredde. La dermatose de Dubring *(Gaz. des Hôpitaux*, 1898).

(2) Pelagatti. Alterazioni del midollo osseo in un caso di pemphigo *(Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1905, fasc. I, p. 54).

CHAPITRE V.

Anatomie pathologique

Les lésions anatomiques ont été très peu observées, la maladie étant peu connue.

Nous n'avons pu nous livrer à une étude très détaillée, n'ayant observé qu'un seul cas. Et nous ne pouvons que confirmer, d'après nos recherches, les travaux de Ittmann et Leredde, Unna, Leredde et Perrin.

Lésions de la peau. — On constate une infiltration modérée du derme, sauf dans les points correspondant aux bulles où cette infiltration est peu accusée; l'épiderme ne présente ni mitose, ni cellules migratrices; on y voit des cavités non cloisonnées, recouvertes d'une lamelle cornée et d'autres cavités cloisonnées, creusées dans le corps muqueux de Malpighi. Celles-ci peuvent augmenter de volume, atteindre ou détruire le corps papillaire.

Pour Unna, il y a un œdème et une infiltration cellulaire dans la zone de distribution d'un vaisseau cutané.

Ces lésions occupent principalement le corps papillaire; quant à l'épiderme, ses altérations sont purement passives. Les cellules qui infiltrent le corps papillaire dérivent presque exclusivement du tissu conjonctif; il n'y a guère de cellules migratrices. L'œdème est surtout prononcé au sommet des papilles et celles-ci sont tuméfiées, arrondies, déformées.

Dans l'épiderme, la lésion dominante est aussi l'œdème, qui peut avoir différentes conséquences; tantôt il entraîne la chute de la couche cornée sous forme de squames, tantôt il aboutit à la formation de vésicules intercellulaires par élargissement des espaces lymphatiques, qui peuvent se réunir en vésicules plus volumineuses. Enfin, on peut voir se former de grosses bulles qui refoulent de toutes parts les cellules épineuses et s'étendent jusqu'aux cellules basales de l'épiderme.

Dans notre cas, les vésicules étaient formées par le soulèvement en masse de l'épiderme qui perdait ses points de contact avec la couche papillaire dans les points où ces vésicules se formaient.

Ittmann et Ledermann insistent sur l'absence ou, au moins, sur le petit nombre de cellules migratrices que l'on rencontre au niveau des parties malades.

Leredde et Perrin distinguent aussi des lésions du derme et de l'épiderme. Les altérations dermiques occupent exclusivement ou, au moins, d'une façon prédominante, le corps papillaire. Ces altérations sont de deux ordres : diapédèse et œdème.

La diapédèse peut être faible ou très accusée. Dans ce dernier cas, elle est surtout développée autour des vaisseaux, mais on peut la constater aussi à une certaine

distance de ces organes. Ces cellules migratrices sont représentées principalement par des lymphocytes au voisinage des vaisseaux, par des globules éosinophiles à distance. En outre, lorsque les lésions sont avancées dans leur évolution et sutout lorsqu'elles sont suppurées, on a trouvé des éléments polynucléaires dans les vaisseaux et en dehors des vaisseaux. Enfin, les cellules fixes du tissu conjonctif peuvent proliférer et entrer pour une part dans la constitution des foyers d'infiltration.

L'œdème est le second élément essentiel des altérations dermiques. Il se manifeste par la dilatation des vaisseaux et l'imbibition du tissu conjonctif par le sérum sanguin ou lymphatique. Cet œdème joint à la diapédèse et à la prolifération cellulaire, amène l'hypertrophie des papilles qui se rapprochent, refoulent les prolongements épidermiques interpapillaires et ainsi semblent disparaître.

C'est alors que se forment les bulles par afflux du sérum, qui décolle l'épiderme et le soulève en bloc. Ultérieurement le liquide peut pénétrer l'épiderme en détruisant les couches de Malpighi.

Les lésions de l'épiderme sont variables. Il est peu épaissi; cependant les phénomènes de la kariokynèse s'y observent souvent. Entre les cellules du corps muqueux, Perrin et Leredde ont observé la présence de cellules éosinophiles et c'est là un point important qui a été confirmé par beaucoup d'auteurs.

Les vésicules se forment dans l'épaisseur de l'épiderme, entre les cellules épidermiques, par accumulation d'éléments lymphatiques d'abord, ensuite elles s'élargissent par l'afflux du sérum et l'arrivée de nouveaux leucocytes.

En résumé, tous les observateurs sont d'accord pour placer dans la couche papillaire le maximum de lésions, pour admetre comme lésions essentielles *l'œdème et l'infiltration cellulaire*. Ils diffèrent sur la présence de cellules migratrices. Ittmann et Ledermann n'ont rencontré qu'une quantité insignifiante de ces cellules dans le derme et l'épiderme. Leredde et Perrin, au contraire, les ont observées, dans certains cas au moins, en grande quantité. Ils les ont observées non seulement dans le derme, mais aussi dans l'épiderme et ils attachent à la présence de ces cellules, surtout *des acidophiles*, une grande importance au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Examen du sang. — Le sang renferme de 12 à 15 % d'éonosophiles sur les globules blancs. Il contient également des formes leucocytaires anormales que Leredde regarde comme étant des cellules de la moelle osseuse. « Ce qui caractérise la maladie, écrit-il, ce n'est ni l'éosinophilie ni l'excrétion des cellules éosinophiles à travers la peau; c'est *la réunion de deux éléments* : Une affection où l'on rencontre l'excès de cellules acidophiles dans le sang et où *toutes* les vésicules et *toutes* les bulles à contenu transparent comprennent un très grand nombre de ces cellules, est une maladie de Duhring (lire dermatite polymorphe douloureuse aiguë) ».

Lésions rénales. — Dans cette maladie, c'est le rein qui est l'organe le plus lésé. En effet, nous avons trouvé une sclérose rénale très avancée.

Fréquentes sont les *ulcérations intestinales*. On n'en

connaît guère les relations qui existent entre ces phénomènes et la dermatite polymorphe douloureuse aiguë. Pourrait-on trouver quelque analogie avec les ulcérations intestinales observées à la suite de grandes brûlures.

Les autres organes ne présentent rien de bien intéressant.

CHAPITRE VI.

Symptomatologie

Les premiers phénomènes qui marquent le début de la dermatite polymorphe douloureuse aiguë consistent en des sensations de brûlure, de cuisson, de démangeaisons vives, soit généralisées, soit localisées vers certaines régions, surtout là où sera le siège primitif des phénomènes éruptifs. En général, ils précèdent de beaucoup l'éruption; dans d'autres cas ils apparaissent en même temps qu'elle; quelquefois ils lui sont postérieurs et rarement ils précèdent et succèdent l'éruption, comme chez notre malade.

L'aspect de l'éruption (1), essentiellement polymorphe, consiste en placards érythémateux plus ou moins circinés et arrondis, en papulo-vésicules, en vésicules, en bulles transparentes. hémorrhagiques et pustuleuses. Ces éléments peuvent se développer sur la peau saine ou sur des éléments érythémateux préexistants. Nous n'avons pu observer de circination autour d'un élément central : ce

(1) Arthur van Harlingen. Trois cas de dermatitis herpetiformis (The Polyclinic, octobre 1886). *La description des éléments éruptifs y est parfaite.*

qui était pour Duhring le caractère pathognomonique, l'herpétiformité.

Les éléments pustuleux et hémorrhagiques peuvent se développer d'emblée. Il n'est pas nécessaire que la maladie touche à sa fin; cela prouve tout simplement que la présence du polymorphisme est de règle.

A toutes ces lésions éruptives primitives succèdent d'autres lésions caractérisées par des squames, des débris de vésicules et de bulles, des croûtes grisâtres et brunâtres, consécutives surtout aux pustules, des lésions de grattage et des excoriations. Souvent cette variété aiguë s'accompagne d'un développement très rapide des phénomènes éruptifs et le polymorphisme est à son complet, contrairement à ce que l'on croyait jusqu'aujourd'hui. Nous avons vu chez notre malade une croûte brunâtre trois heures après l'apparition d'une pustule.

Notons sous toutes réserves la disposition symétrique des lésions.

ÉTUDE DES ÉLÉMENTS ÉRUPTIFS

Eruptions urticariennes, érythémateuses, papuleuses. — Une poussée urticarienne passagère et des placards érythémateux marquent le début de l'éruption. Suivant l'intensité des phénomènes éruptifs, la coloration s'efface ou persiste sous la pression du doigt. La coloration varie du rose au rouge foncé et peut prendre une teinte violacée hémorrhagique. On note aussi à la main une augmentation sensible de la chaleur de la peau à l'endroit de ces plaques.

Les dimensions de la papule varient du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de un franc et même davantage. Les bords peuvent être dans certains endroits nettement circonscrits et dans d'autres se confondre graduellement avec la peau saine. Plusieurs papules peuvent être réunies et former une véritable plaque saillante, souvent très tuméfiée, s'accompagnant d'un vrai état d'œdème aigu. Des bulles peuvent occuper de tels placards.

Vésicules, bulles. — Indifféremment sur la peau saine ou sur un fond érythémateux, il apparaît de petites vésicules d'herpès ou de vraies bulles pemphigoïdes. Elles ne sont pas toujours entourées d'une aréole érythémateuse, comme dans le pemphigus, du moins au début. Au bout de quelques heures après leur formation, l'aréole apparaît et marque le début de la flétrissure des éléments.

Un liquide incolore, limpide, citrin, parfois hémorrhagique, purulent, remplit ces vésicules et ces bulles.

La disposition des vésicules et des bulles dans certains endroits peut être la même ou ressembler beaucoup à celle du zona. Duhring en a fait la caractéristique et en a tiré sa dénomination de *dermatitis herpetiformis*.

Dans quelques endroits, la disposition peut être circinée, mais de là à soutenir qu'elle est de règle, c'est affirmer, comme Duhring, que ce signe est pathognomonique.

L'évolution de ces vésicules et bulles dure de quelques heures à huit ou dix jours. Les unes se dessèchent au bout de quelques heures; d'autres se transforment en bulles dont le contenu devient de plus en plus louche et purulent. Des croûtes de tailles différentes, jaunes ou brunes, leur succèdent. Après la chute des croûtes, la

peau a une coloration rougeâtre plus ou moins pigmentée. Mais elle *ne laisse jamais aucune cicatrice.*

Plusieurs vésicules et plusieurs bulles peuvent se réunir et former une cloche de dimensions variables. Mais toujours on peut retrouver le cloisonnement qui nous indique leur mode de formation. Nous avons observé chez notre malade, sur l'abdomen, une agglomération de forme toute irrégulière de dimensions : 26 centimètres sur 48 centimètres. On y distinguait nettement les différentes bulles constitutives parmi lesquelles certaines avaient le volume d'un œuf d'oie.

Le liquide contenu dans les bulles est albumineux et trouble par l'ébullition. Il est acide dans les bulles récentes et alcalin dans les anciennes bulles. (Nous avons trouvé, dans le liquide des bulles, des chaînettes de steptocoques en abondance).

Parmi les vésico-pustules et les pustules, on peut en trouver qui ont l'apparence de véritables pustules d'ecthyma. De même, les pustules peuvent se réunir et devenir confluentes. Une croûte mince ou quelquefois très épaisse les recouvre, se dessèche et tombe au bout d'un certain temps, variant de cinq à six jours jusqu'à trente et même plus. Consécutivement à leur chute, la peau reste maculée de taches rougeâtres plus ou moins pigmentées, dont le fond rouge s'efface et laisse une teinte dont la nuance varie du jaune brunâtre au brun foncé. Cette pigmentation peut durer très longtemps (1).

---

(1) L. Brocq. *Annales de derm. et de syphiligraphie*, 1890, p. 478.

Il est à remarquer la superficialité des lésions dans cette dermatose.

Jamais les pustules, dans la dermatite polyphorme douloureuse aiguë, ne donnent de cicatrices, malgré l'intensité des phénomènes éruptifs et généraux. Toutes les cicatrices observées sont consécutives aux excoriations produites par le simple grattage.

Symptômes généraux. — La santé générale est souvent bonne. Le malade est parfois amaigri, débilité par l'intensité des douleurs, par l'insomnie, par l'abondance de l'éruption; il est souvent obligé de garder le lit soit parce qu'il se sent réellement faible, ce qui est assez rare, soit parce que les bulles et les pustules excoriées ne lui permettent pas de s'habiller, de sortir et de marcher.

La diarrhée est un des symptômes alarmants les plus fréquents; elle se montre surtout au moment des grandes poussées éruptives; elle tient probablement à quelques manifestations directes du côté de la muqueuse gastro-intestinale.

La température est toujours au-dessus de la normale. Dans certains cas, comme chez notre malade, il y a ascension thermique qui peut atteindre 40°. Cette ascension peut annoncer ou accompagner une poussée éruptive violente.

Il y a anorexie considérable, le malade refuse toute nourriture et est en proie à une soif ardente. Très souvent il y a de la constipation.

Toutes les *complications* relevées par les différents observateurs ont le caractère des affections intercurren-

tes : endocardites, bronchites, congestions pulmonaires, angines, conjonctivites, hémoptisies, etc. (1).

L'albuminurie et la glycosurie (2) ont été notées au cours de la maladie (3).

Dans presque tous les cas de dermatites polymorphes douloureuses, on a constaté une *hypoazoturie* manifeste (4). Dans la plupart des cas, la quantité de l'urée rendue dans les vingt-quatre heures oscille entre 8 et 15 grammes. En même temps qu'il existe une albuminurie faible mais persistante. D'après Vilenski (5), l'albuminurie semble devoir être mise sur le compte d'une néphrite interstitielle chronique évoluant parallèlement à la dermatose.

La dermatite et l'albuminurie sont sans doute dues à une même cause générale qui n'est autre que l'arthritisme. Quant à l'hypoazoturie, elle est très probablement la conséquence du ralentissement de la nutrition et de l'insuffisance rénale qu'on observe chez les atrhritiques. Et grâce à ce ralentissement de la nutrition, il s'accumu-

---

(1) J. Pellier. Modifications histologiques engendrées dans des altérations cutanées par une pyrexie intercurrente (Dermatite polymorphe douloureuse et pneumonie) (*Annales de derm. et syph.*, p. 433, 1908).

Horand. Note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu fébrile (*Annales de derm. et syph.*, p. 401, cas 2, 1872-1873).

R. Moutard-Martin. Erythème marginé, devenant bulleux avec complications multiples (*France médicale*, n° 53 et 54).

(2) Sherwell. *Journal of cutaneous and Venereal diseases*, p. 340, 1886.

(3) J. Mc F. Winfield. Glycosuria as an additional symptom indicating the neurotic origin of dermatitis herpetiformis (*Journal of cut. and gen. urinary diseases*, nov. 1893, p. 447).

(4) Tenneson et Lyon. *Annales de derm. et syph.*, 1888.

(5) Vilenski. Loc. cit., p. 71.

lerait dans l'économie des produits excrémentitiels, mal élaborés, qui, par l'intermédiaire du système nerveux, produiraient les lésions cutanées. C'est une opinion qui est presque universellement admise. Certains expérimentateurs ont même trouvé que les urines étaient hypotoxiques.

Gaucher, Barbe et Claude (1) ayant observé de *l'hyperazoturie*, se demandent si l'hypoazoturie, au lieu d'être la cause de la maladie, n'en serait pas la conséquence et n'apparaîtrait pas comme effet de la dénutrition chez des malades qui ont déjà subi des poussées éruptives, incessantes et pénibles.

L'éosinophilie a été notée comme étant de règle (2), Leredde (3) a signalé une augmentation notable des cellules acidophiles et comme corollaire, le même auteur a trouvé de 33 à 95 % de cellules éosinophiles dans le liquide des vésicules et des bulles. Ces résultats ont été confirmés par Gaucher, Barbe et Claude, et par d'autres (4).

---

(1) Gaucher, Barbe et Claude. Dermatite herpétiforme ; étude microscopique et clinique. *Société de dermat. et de syph.*, 13 juin, 1895.

(2) J. Darier. Dermatite herpétiforme de Duhring, éosinophilie *(Annales de derm. et de syph.*, 1896, p. 842).

(3) Leredde. Hermatodermite d'origine toxique *(Presse médicale.* 28 décembre 1898, p. 367).

Leredde. La dermatose de Duhring *(Gaz. des Hôpitaux,* 1898, 26 mars, p. 329).

(4) Lams. Valeur de l'éosinophilie au point de vue du diagnostic en dermatologie *(Revue de Médecine*, 10 mai et 10 juin 1907, p. 438 et 578).

CHAPITRE VII.

Pronostic

Le pronostic est grave; étant donnée l'étendue des lésions éruptives dans la dermatite polymorphe douloureuse aiguë, qui suppriment une des plus grandes fonctions de l'organisme. Nous pensons qu'il s'agit des mêmes phénomènes, encore mal expliqués, que l'on observe dans les grandes brûlures ou dans les expériences de vernissage des téguments.

En effet, nous rappellerons que nous avions trouvé des chaînettes de steptocoques dans le liquide des bulles. C'était une véritable streptococcie (1), qui a mis fin à l'évolution de la dermatite polymorphe douloureuse aiguë chez notre malade.

(1) G. Etienne. Les pyosepticémies médicales. Th. de Nancy, 1893.

CHAPITRE VIII.

Diagnostic

Le diagnostic de la dermatite polymorphe douloureuse aiguë doit être posé avant tout sur la réunion des caractères absolument typiques de l'affection : le polymorphisme, les phénomènes douloureux (prurit, sensation de brûlure, de cuisson), l'état général assez grave et l'éosinophilie.

A part quelques cas atypiques le diagnostic n'est pas difficile (1). Mais il serait préférable de passer en revue toutes les maladies avec lesquelles la dermatite polymorphe douloureuse aiguë est le plus souvent confondue. Et nous allons donner autant que possible les moyens d'éviter cette erreur.

Erythème polymorphe. — Beaucoup de cas ont été confondus par différents auteurs et par Duhring en particulier avec la dermatite polymorphe douloureuse aiguë.

(1) Drysdale. Pathol. Soc. of London, janvier 1898. *Public. des cas d'érythème polymorphe et de pemphigus avec éosinophilie. Ce sont les cas les plus difficiles qu'on connaisse pour poser le diagnostic de la dermatite polymorphe douloureuse aiguë.*

Jamais dans aucun cas la maladie n'avait les caractères que nous connaissons.

Herpès iris de Bateman, hydroa vésiculeux de Bazin. — Diffère par le peu d'intensité de ses troubles fonctionnels et par le peu de polymorphisme de son éruption papuleuse ou en cocarde dont l'aspect habituel est si connu. Dans certains cas, la dermatite polymorphe douloureuse aiguë peut lui ressembler; mais elle ne le fait que momentanément et l'apparition d'autres phénomènes éruptifs permet de fixer le diagnostic.

Les urticaires bulleuses ressemblent beaucoup à la dermatite polymorphe douloureuse aiguë. Chez elles tout soulèvement bulleux de l'épiderme se greffe sur un élément préexistant. De plus, ils facile de provoquer de l'urticaire factice chez les sujets qui en sont atteints. Le polymorphisme n'est guère complet et l'éosinophilie nous rendra un véritable service en fixant le diagnostic.

Pemphigus aigu. — Quoique l'on ait décrit beaucoup de cas d'érythème polymorphe sous le nom de pemphigus aigus, et qui rentrent dans la dermatite polymorphe douloureuse aiguë, ils ne constituent que des variétés pemphigoïdes. Nous savons qu'il existe *un pemphigus aigu fébrile* (1) presque toujours grave qui se distingue de ce groupe par l'absence de prurit, par l'intensité de la fièvre et par l'absence d'éosinophilie.

(1) P. Spillmann. *Ann. de derm. et syph.*, 1881.
P. Spillmann. Contribution à l'histoire du pemphigus aigu (*Annales de derm. et syph.*, 1886, p. 66).

Hydroa vacciniforme. — L'éruption se produit en été et laisse des cicatrices.

Impetigo herpétiforme. — Quoiqu'il soit caractérisé par la coexistence de troubles utérins (grossesse, puerpéralité ou péritonite purulente) (1), il doit rentrer dans notre groupe. Ses caractères sont en effet les mêmes que ceux de la dermatite polymorphe douloureuse aiguë.

Syphilis. — Certains cas de syphilis se manifestent aussi par des éruptions bulleuses. Le polymorphisme n'existe pas et les antécédents spécifiques permettent de confirmer le diagnostic; au besoin on pourrait rechercher la présence du spirochœte dans les lésions douteuses.

La dermatite exfolliatrice généralisée ressemble à la dermatite polymorphe douloureuse aiguë par ses grosses bulles. Le diagnostic différentiel entre les deux est facile.

Les éruptions médicamenteuses revêtent absolument l'aspect de la dermatite polymorphe douloureuse aiguë. Les commémoratifs nous permettront de faire le diagnostic dans ces cas.

En terminant, *noublions jamais* de rechercher l'existence d'une *éosinophilie* dès qu'il existe les moindres doutes; dans lesquels cas, d'ailleurs, on doit toujours se rappeler que *la dermatite polymorphe douloureuse aiguë n'est jamais suivie de cicatrices.*

---

(1) Dubreuil. *Annales de dermatologie*, p. 353, 1892.

CHAPITRE IX.

Traitement

Bien des traitements ont été préconisés. Le plus raisonnable devrait être en rapport avec les notions de pathogénie.

Jusqu'ici on ne peut répondre que très imparfaitement à la plus importante des indications thérapeutiques, celle qui dérive de la cause. D'après l'étude des toxines résultant des fermentations gastro-intestinales anormales, il faudrait employer les naphtols, le salol, l'ichtyol : les résultats sont nuls. Cependant on arrive à une amélioration des phénomènes éruptifs avec le traitement par le charbon et le salol.

Ni les toniques (quinquina, kola, etc.), ni les liquides testiculaire, nerveux, thyroïdien n'ont d'effets curateurs. Pas de résultats favorables non plus avec le traitement à hautes doses de préparations arsenicales. On a préconisé en vain la pilocarpine (1).

Le traitement symptomatique nous reste à envisager. Il faut : *a*) s'il y a de la fièvre : donner de la quinine à

(1) Lustgarten et Allen. *New-York dermatological Society 230th regular Meeting.*

haute dose, le salicylate de soude à la dose de 4 à 6 gr., l'antipyrine;

b) S'il n'y a pas de fièvre : donner des médicaments vaso-moteurs à doses fractionnées; par exemple donner cinq fois par jour une pilule renfermant de la quinine (5 centigr.), 5 centigr. d'ergot de seigle, de la strichnine 2/10 de milligrammes, ou de la poudre de noix vomique, ou de la digitale, ou de la belladone (1). Il vaut mieux donner ces préparations sous forme soluble;

c) Soutenir les forces du malade;

d) Instituer le régime lacté;

e) Favoriser la diurèse.

Médication externe. — Si les démangeaisons sont trop pénibles, employer des lotions antiprurigineuses au coaltar saponiné, à l'acide phénique, à la resorcine, etc., et des pansements calmants avec du liniment oléo-calcaire ou le cold-cream additionné de menthol, de gaïacol, de resorcine, de camphre, etc.

Il est préférable de s'abstenir de ces applications toxiques qui, en raison de la puissante absorption des surfaces dénudées, pourraient aggraver la maladie chez le sujet qui est déjà dans un état de moindre résistance.

Les bains alcalins, les bains d'amidon gélatineux ou à la graine de lin ne semblent pas avoir produit de bons effets : les bains prolongés soulagent beaucoup de malades, mais ramollissent trop les téguments. Les applications humides pratiquees avec de la tarlatane aseptique pliée en huit ou dix épaisseurs, imbibée d'eau bouillie, exprimée

(1) Dubreuil. *Mémoire à la Société de médecine de Bordeaux.*

et recouverte d'un peu d'ouate hydrophile, puis de taffetas-chiffon ont le même inconvénient. Elles rendent cependant parfois de véritables services.

Si les douleurs de tension causées par les bulles et les pustules sont trop fortes, les ouvrir avec une aiguille flambée. les vider et faire des pansements aussi aseptiques que possible. On peut aussi employer les poudres absorbantes et légèrement antiseptiques comme le talc, l'acide borique, le sous-nitrate de bismuth. Recouvrir par de l'emplâtre rouge au minium et au cinabre, selon Vidal.

Emplâtre simple.....	27 gr. 50 centigr.
Minium..	2 gr. 50 centigr.
Cinabre.	1 gr. 50 centigr.

Pour les lésions circonscrites, employer avec avantage l'huile d'amandes douces additionnée de 1 pour 20 d'acide phénique neigeux sans alcool.

CONCLUSIONS

Nous avons eu l'occasion d'observer un seul cas de dermatite polymorphe douloureuse aiguë à la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de la Faculté de Médecine de Nancy.

Cette observation nous a permis de constater cliniquement, et par des recherches anatomo-pathologiques, une série de faits qui nous ont amené aux conclusions suivantes :

La dermatite polymorphe douloureuse aiguë est une maladie rare.

Elle est caractérisée par le polymorphisme des lésions éruptives par des phénomènes douloureux (prurit, sensation de brûlure, de cuisson), par un état général grave, vu l'étendue des lésions éruptives (contrairement à ce que l'on croyait jusqu'aujourd'hui) et par l'éosinophilie.

C'est la seule affection cutanée ou l'éosinophilie soit constante et où l'on trouve en même temps une élimination de cellules éosinophiles par la peau.

A l'état normal, c'est la moelle osseuse qui contient des

cellules éosinophiles en abondance. Nous serions tenté de croire, comme Leredde, qu'elle joue un rôle dans la pathogénie de la dermatite polymorphe douloureuse aiguë.

La dermatite polymorphe douloureuse aiguë peut guérir; mais il existe un type de dermatite polymorphe douloureuse aiguë, caractérisé par le développement très brusque des lésions éruptives, accompagné de phénomènes généraux graves avec issue fatale.

Vu :
Nancy, le 25 janvier 1910.
Le Président de la Thèse :
SPILLMANN.

Vu : le 26 janvier 1910.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 27 janvier 1910.
Le Recteur de l'Académie :
Ch. ADAM.
Correspondant de l'Institut.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 1

Introduction 1

Chapitre premier. — Observations 3

Chapitre II. — Généralités 9

Chapitre III. — Étiologie 17

Chapitre IV. — Pathogénie 20

Chapitre V. — Anatomie pathologique 24

Chapitre VI. — Symptomatologie 29

Chapitre VII. — Pronostic 36

Chapitre VIII. — Diagnostic 37

Chapitre IX. — Traitement 40

Conclusions 43

NANCY. - IMP. L. BERTRAND